TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Albert MOUCHET

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

PARIS

G STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1904

TITRES SCIENTIFIQUES

EXTERNE DES HÔPITAUX (Premier).

INTERNE DES HÔPITAUX (Premier).

AIDE D'ANATOMIE

DOCTEUR EN MÉDECINE (1898).

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ (1901-1904).

MEMBRE ASSOCIÉ ÉTRANGER DE LA SOCIÉTÉ BELGE DE CHIRURGIE (1902).

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE (1904).

LAURÉAT DES HÔPITAUX
(Premier à l'externat et à l'internat).

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
(Médaille d'argent ; thèse).

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(Prix Laborie, 1898).

MENTION HONORABLE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Pour le prix Laborie (1899).

ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCE D'INTERNAT (1894-1896).

AIDE D'ANATOMIE (1895-1898).

CHEF DE CLINIQUE (1901-1904).

LEÇONS DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

Pendant les vacances de 1902 et de 1903, dans le service de M. le professeur Le Dentu.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

1. — **Coxa vara congénitale** (en collaboration avec P. Audion). *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 21 mai 1899.

2. — **Un cas curieux de scoliose congénitale dorso-lombaire.** *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 19 mai 1898.

3. — **Scoliose congénitale.** *Société anatomique*, novembre 1899.

4. — **La scoliose congénitale** (en collaboration avec M. A. Broca). *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 8 juin 1902.

Les faits de scoliose congénitale sont très rares. Nous avons eu la bonne fortune d'observer personnellement trois cas de cette difformité. Le premier cas fut rapporté à sa véritable cause, grâce à la radiographie ; il concernait une fillette qui présentait une fusion osseuse de l'extrémité vertébrale des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes du côté de la convexité. Les deux autres scolioses, dorso-lombaires comme la précédente, ont été observées chez des fœtus mort-nés porteurs d'autres difformités. L'un d'eux, monstre exencéphale (fig. 1), fut étudié par la dissection.

Nous reprenons après Kredel, à l'occasion de deux observations recueillies dans le service de M. A. Broca, l'étude de la coxa vara congénitale, encore fort contestée à ce moment.

Dans ces trois cas, la scoliose congénitale était attribuable à une vertèbre supplémentaire interposée entre la 1re et la 2e lombaire, et



FIG. 1. — Exencéphalie. — Scoliose congénitale. — Difformités multiples.

développée seulement dans une de ses moitiés droite ou gauche (fig. 2, 3, 4, 5).

Dans un quatrième cas, publié par Fleury (Th. de Paris, 1901) et mal interprété par lui, la scoliose était due, non à une hémiver-

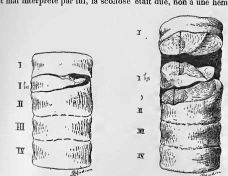


Fig. 2 et 3. — Face antérieure des corps des 4 premières vertèbres lombaires

tèbre supplémentaire, mais à une atrophie de la moitié gauche de la 12e vertèbre dorsale qui ne portait pas de côte correspondante.





Fig. 4 et 5. — La vertèbre supplémentaire vue par en haut et par le côté droit

5. — **De la réduction non sanglante des luxations congénitales de la hanche** (en collaboration avec M. A. Broca). *Congrès international de médecine*. Paris, 1900 et *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 5 août 1900.

Nous insistons sur les résultats satisfaisants obtenus par la méthode de Lorenz dans le traitement des luxations congénitales de la hanche

en nous appuyant sur l'observation de 62 sujets traités par nous d'après cette méthode et suivis à longue échéance. Il ne faut guère compter sur la reposition anatomique vraie qui est très rare, mais les résultats fonctionnels sont en grande majorité satisfaisants.

6. — **Arrêt de développement des phalanges sur un fœtus de cinq mois.** *Société anatomique*, 10 juillet 1896.

7. — **Atrophie congénitale de la main droite avec brachydactylie du pouce et du petit doigt; fusion des deux dernière métacarpiens.** *Société anatomique*, 11 octobre 1901, et *Revue d'orthopédie*, janvier 1902.

8. — **Un cas d'hémimélie avec radiographie** (en collaboration avec Ch. Vaillant), *Société anatomique*, 17 novembre 1899.

9. — **Un ectromélien hémimèle** (en collaboration avec Ch. Vaillant). *Journal de chirurgie belge*, n° 10, 1901.

10. — **Contribution à l'étude de l'ectromélie** (observations dans la thèse de Palmieri, Paris, 1902).

Ces trois dernières publications concernent des faits d'hémimélie du membre supérieur (un cas bilatéral, les deux autres à gauche) par absence partielle ou totale du cubitus.

Dans le premier cas publié à la Société anatomique (fig. 6), les divers segments du membre sont atrophiés, la main ne présente que deux doigts, dont le pouce. L'examen radiographique montre un cubitus représenté par une tige fibreuse renfermant quelques noyaux osseux (fig. 7).

Le trait caractéristique de la seconde observation est *l'absence totale du cubitus* avec *l'atrophie du métacarpien du pouce qui se détache du deuxième métacarpien*; cette dernière disposition se rencontre plutôt dans les hémimélies par absence du radius (fig. 8 et fig. 9).

Enfin un dernier cas d'hémimélie, bilatéral celui-ci, mais toujours avec absence du cubitus, est publié sous notre inspiration par Pal-



FIG. 6. — Hémimèle par atrophie du cubitus.

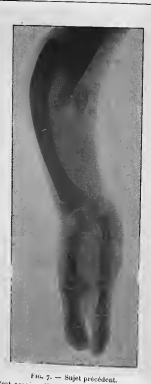


Fig. 7. — Sujet précédent.
(Le cubitus n'est osseux qu'à la partie supérieure et en quelques points de l'extrémité inférieure).



FIG. 8. — Hémimélie par absence du cubitus. — Atrophie du premier métacarpien.



Fig. 9. — Hémimélie par absence du cubitus. — (Sujet précédent).

mieri dans sa thèse de doctorat, ce qui porte à 18 le nombre des faits d'*hémimélie par absence du cubitus* que nous avons pu recueillir. L'hémimélie par absence du radius est au moins trois fois plus fréquente.

11. — **Ectromélie du pouce et du premier métacarpien.** *Société anatomique*, 8 janvier 1904.

Il s'agit d'un pouce atrophié, flottant, appendu par un pédicule extrêmement mince, comme un fil, au bord externe de l'index, un peu au-dessus de l'articulation phalango-phalanginienne de ce doigt. Il n'y a pas de premier métacarpien.

12. — **Hypertrophie congénitale du membre inférieur gauche et de la moitié gauche du scrotum.** *Presse Médicale*, 30 septembre 1903.

C'est un bel exemple d'hypertrophie congénitale vraie, dans laquelle l'augmentation de volume porte sur toutes les parties constituantes du membre, tissu cellulaire, muscles, squelette. A noter la présence de nœvi, de varicosités lymphatiques disséminés un peu partout.

13. — **Absence congénitale du péroné** (observation à paraître prochainement dans la thèse de Dubrac, publiée sous notre inspiration).

14. — **Fractures intra-utérines de jambe** (observation à paraître prochainement dans la thèse de Laporte, publiée sous notre inspiration).

15. — **Névrome plexiforme de la nuque avec lipomes congénitaux et taches pigmentaires multiples.** *Gazette hebdomad. de médec. et de chir.*, 30 décembre 1900.

Cette tumeur volumineuse, formée essentiellement par du tissu

conjonctif entourant des fibres de Remak et disposé en cordons flexueux, poussait des prolongements si diffus dans la nuque et les parties latérales du cou que l'extirpation en resta incomplète. Pas de récidive trois ans après.

16. — **Atrophie congénitale du côlon iliaque, du côlon pelvien, du rectum avec ampoule rectale et anus imperforé normalement conformé.** (En collaboration avec Audard). *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, février 1902.

Le trait caractéristique de cette malformation consiste dans la présence d'un segment atrophié du gros intestin terminal, avec

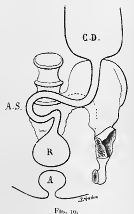


Fig. 10.

dilatation en ampoule du rectum, contigué au cul-de-sac anal (fig. 10). On connaît depuis longtemps les atrophies congénitales du gros intestin par arrêt de développement, mais nous n'avons pas

trouvé dans nos recherches bibliographiques de disposition anatomique identique à celle-ci.

17. — **Macrocheilie** (observation d'un cas de Macrocheilie et technique opératoire, in thèse de Logez, *Le Lymphangiome congénital et la Macrocheilie*, Paris, 1902).

18. — **La surélévation congénitale de l'omoplate** (en collaboration avec M. Pierre Clément). Revue générale in *Gazette des Hôpitaux*, 29 août 1903.

Dans cette revue critique où nous rassemblons 62 faits publiés, nous donnons une description complète de la malformation ; nous insistons sur la complexité des faits englobés sous cette dénomination, tantôt simple élévation de l'omoplate, tantôt bascule de l'os, tantôt enfin atrophie de l'omoplate ou hypertrophie transversale, allongement exostosiforme de l'angle supéro-interne, productions osseuses reliant l'épine scapulaire au rachis, etc.

Enfin, nous montrons toutes les difficultés de l'explication pathogénique de cette malformation, et nous nous rallions, pour l'instant, à une opinion éclectique.

19. — **Un cas curieux de difformités congénitales multiples.** *Gaz hebdom. de Médec. et de Chir.*, 9 mars 1902.

Il est rare de trouver un aussi grand nombre de difformités congénitales que chez cet homme de 46 ans : luxation congénitale postéro-supérieure des deux hanches, luxation congénitale en arrière des têtes des deux radius, luxation congénitale en arrière des extrémités inférieures des deux cubitus, luxation incomplète en avant de l'extrémité sternale de la clavicule droite ; enfin l'amputation de la jambe gauche avait été pratiquée il y a huit ans, pour des accidents infectieux graves développés autour d'hygromas suppurés qui recouvraient un pied bot varus équin très prononcé.

OS

1. — **Volumineuss exostose du fémur chez un vieillard de 63 ans, atteint d'arthrite sèche coxo-fémorale. Osaification partielle du muscle crural.** *Soc. anatomique*, 11 juin 1897 (fig. 11 et 12).

2. — **Exoatoes du fémur** (avec M. de Ribier), *Société anatomique*, 4 mara 1898.

3. — **Exoetose de l'extrémité inférieure du fémur, due à l'oaeification du tendon du grand adducteur** (avec M. de Ribier). *Société anatomique*, 11 mara 1898.

4. — **Fractures de l'extrémité inférieurs de l'humérus** (avec radiographies), Thèse de Paris, décembre 1898, 158 fig. dana le texte. Prix Laborie à la Société de chirurgie, 1898 ; mention honorable à l'Académie de médecine (1899).

Pour montrer dans quel esprit a été conçue cette thèse, nous croyons devoir publier textuellement l'introduction :

« Depuis près de deux ans, nous avons examiné à l'hôpital Trousseau, dans les services de nos maîtres MM. Lannelongue et Broca, toutes les lésions traumatiques du coude qui se sont présentées ; nous avons soumis tous les malades au contrôle de la radiographie, nous les avons soignés nous-même, et nous les avons, pour la plupart, revus longtemps après la guérison complète. Nous avons pu recueillir ainsi les 103 observations de fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus qui forment la base de ce travail (1) ; c'est sur elles que nous avons pu édifier — tout en tenant compte des recherches antérieures — la description anatomique, clinique, et

(1) Nous n'avons publié que 101 observations ; deux étaient trop récentes pour trouver place dans notre thèse, mais nous les comptions dans notre statistique intégrale.



FIG. 11.

FIG. 12.

le traitement de cette variété de fractures. Le présent mémoire est, en quelque sorte, la mise au point d'un chapitre de pathologie chirurgicale, connu depuis longtemps sans doute, mais certainement rajeuni par la radiographie. La précision scientifique que les rayons X ont fournie à nos observations, nous a permis d'émettre en maintes circonstances une note personnelle et d'apporter quelque lumière dans plusieurs coins obscurs de l'anatomie pathologique ou de la thérapeutique. »

Suivent des considérations sur la technique de la radiographie dans les fractures. Nous mettons déjà le praticien en garde contre



Fig. 13. — Décollement en masse de l'épiphyse humérale inférieure obtenu expérimentalement sur un cadavre d'enfant de 2 ans.

la tendance fâcheuse à se contenter des renseignements fournis par la radiographie et à leur attribuer une sorte d'infaillibilité. « Si les rayons X apportent au diagnostic des fractures une précision toute particulière, on ne saurait trop répéter en revanche que cette précieuse méthode d'exploration n'acquiert toute sa valeur que lorsqu'elle a été précédée par un examen clinique approfondi. Le chirurgien ne doit chercher dans la radiographie qu'un moyen de contrôler et au besoin de redresser son diagnostic. Cela est si vrai que, sans la clinique, l'épreuve radiographique est, dans beaucoup de cas, impossible à interpréter... La clinique et la radiographie doivent donc s'unir indissolublement ; l'une ne va pas sans l'autre, mais la clinique conserve la priorité. »

Les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus sont presque spéciales à l'enfance et à l'adolescence, de 2 à 20 ans. La raison de cette fréquence dans le jeune âge se trouve dans les particularités de l'ossification de l'extrémité inférieure de l'humérus et dans la



Fig. 14. — Fracture de l'épitrochlée.

fusion tardive de ses noyaux osseux. Les traumatismes du membre supérieur, qui causent chez l'adulte des luxations du coude, produisent chez l'enfant ou l'adolescent des fractures partielles de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Nous avons noté au-dessous de 20 ans l'extrême rareté des luxations

du coude en arrière non compliquées de fractures. Nos expériences cadavériques, en nous permettant de reproduire à coup sûr certaines variétés de fractures (sus-condyliennes transversales, sus-condyliennes obliques, c'est-à-dire du condyle externe, etc.), con-



Fig. 15. — Fracture de l'épitrochlée (le fragment épitrochléen s'est insinué entre la trochlée et l'apophyse coronoïde).

firment la *rareté de ces luxations simples du coude dans le jeune âge*.

Depuis l'intéressant mémoire de Farabeuf, on sait que le *décollement en masse de l'épiphyse humérale inférieure* (fig. 13) n'est possible que dans les trois ou quatre premières années de la vie, parce

qu'alors l'extrémité inférieure de l'humérus est toute entière cartilagineuse. Encore ce décollement est-il très rare, puisque, sur 10 enfants atteints de fractures au-dessous de 4 ans, nous ne l'avons observé que deux fois, et dans ces deux cas, le décollement n'était

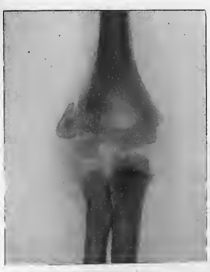


Fig. 16. — Fracture de l'épicondyle.

pas pur, mais accompagné d'un arrachement partiel de la diaphyse, qui le faisait plutôt ressembler à une fracture sus-condylienne transversale.

Au-dessus de 4 ans, les *décollements épiphysaires* que l'on observe sont ceux de l'épitrochlée (fig. 14 et 15), assez fréquents, ceux de

l'épicondyle (fig. 16), rares, ceux du condyle externe exceptionnels. Les fractures les plus fréquentes sont les fractures sus-condyliennes transversales (fig. 17) (ou supra-condyliennes) et les frac



FIG. 17. — Fracture sus-condylienne transversale (type classique), avec saillie en arrière du fragment inférieur.

tures du condyle externe (sus-condyliennes obliques) dont le trait oblique, parti de la diaphyse au-dessus de l'épicondyle, court parallèlement au cartilage épiphysaire du condyle externe (qu'il emprunte partiellement) pour se terminer dans la lèvre externe ou la gorge de la trochlée (fig. 18 et 19).

Plusieurs chapitres de notre thèse ont été consacrés à des complications intéressantes de ces fractures, peu décrites avant nous : les *cals vicieux*, les *paralysies des nerfs voisins*, dont l'étude a été reprise plus tard dans un mémoire spécial (voir plus loin),



Fig. 18. — Fracture du condyle externe avec retournement du fragment.

enfin les attitudes du membre *en varus ou valgus* succédant tardivement à certaines fractures survenues dans l'enfance, surtout les fractures du condyle externe, et résultant du trouble apporté par la fracture dans l'évolution du cartilage jugal.

Dans le traitement de ces fractures enfin, nous insistons sur

l'importance du massage et de la mobilisation précoces dans les fractures sans grand déplacement, sur la nécessité de ne pas prolonger outre mesure l'immobilisation dans la gouttière plâtrée, sur la position à donner au membre dans cet appareil. Cette der-



Fig. 19. — Fracture comminutive du condyle externe avec retournement du fragment principal. — Extirpation des fragments ; excellent résultat.

nière question mérite surtout d'être discutée pour les fractures sus-condyliennes transversales si fréquentes, dont le trait est généralement oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et dont le fragment épiphysaire attiré par le triceps fait en arrière une désespérante saillie.

Berthomier pense que c'est l'extension qui assure la meilleure coaptation des fragments, Roberts et Allis sont du même avis. Les expériences cadavériques de Smith, les nôtres, tendent à prouver la supériorité de la flexion. Nous ne voulons pas tirer de déduction absolue de cette expérimentation ; il lui manque, pour être vraiment probante, un facteur important, avec lequel nous devons compter sur le vivant, la contraction musculaire. C'est donc sur l'observation clinique que nous devons nous appuyer pour trancher cette délicate question. Or, nous avons constaté maintes fois, surtout dans les fractures supra-condyliennes, que le déplacement en arrière du fragment inférieur tendait sans cesse à se reproduire dans la position d'extension et ne pouvait être corrigé que par la flexion. Cette constatation a son importance, mais elle ne saurait suffire, elle doit être complétée par un tableau comparatif des résultats obtenus par l'une et l'autre méthode dans un certain nombre de cas comparables. C'est ce tableau que nous avons présenté dans notre thèse où le traitement par la flexion affirme son incontestable supériorité sous le rapport de la réduction des fragments et du fonctionnement ultérieur de la jointure.

Il y a des fractures supra-condyliennes, *à trajet très oblique*, dont le fragment inférieur tend sans cesse à se déplacer en arrière, pendant l'application et la dessiccation de la gouttière plâtrée. En pareil cas, au lieu de la flexion du coude à angle droit, nous avons employé la *flexion aiguë*, recommandée par Robert Jones (de Liverpool), Smith, Frazier, etc., et nous nous en sommes bien trouvé en général.

Lorsqu'on est en présence d'une fracture à très *grand déplacement*, impossible à réduire (condylienne ou supra-condylienne), ou d'une *fracture comminutive* (en T, en V, etc.), on devra si elle est ouverte, on pourra si elle est fermée, intervenir chirurgicalement par la *suture* ou l'*enchevillement*, quelquefois par la simple *régularisation modelante des fragments* (Broca, Mouchet). S'il s'agit d'une *fracture du condyle externe irréductible ou à plusieurs fragments*, le mieux est d'*extirper les fragments* ; le jeu de l'articulation n'en subira aucune atteinte, au contraire ; un cubitus valgus

peut seul en résulter. Peut-être vaudrait-il mieux, pour cette raison, s'abstenir de cette opération chez les très jeunes enfants

Il est des cas où la réduction est particulièrement difficile à obtenir et à conserver : ce sont les cas dans lesquels les ligaments de la jointure sont assez rompus pour permettre aux *os de l'avant-bras un déplacement indépendant de celui des fragments.*

Dans le cas où le chirurgien s'apercevrait pendant le massage de la production de végétations ostéophytiques, il devrait prudemment laisser le membre au repos et renoncer pendant quelque temps au massage.

Les *fractures de l'épicondyle*, *les fractures de l'épitrochlée* doivent être uniquement traitées par le *massage* et la *mobilisation*, quel que soit le degré de déplacement du fragment. Une courte immobilisation (cinq à huit jours) peut être nécessaire au cas où une dislocation articulaire considérable, survenue en même temps que la fracture, offrirait quelque tendance à se reproduire.

Nous pensons que, dans toute *fracture ouverte* ou dans toute fracture accompagée de *lésions vasculaires ou nerveuses primitives*, l'opération chirurgicale doit être pratiquée immédiatement.

Les *complications nerveuses* causées par la formation du cal ne sont justiciables de l'intervention chirurgicale que si elles ont résisté à plusieurs mois de traitement électrique ; celles qui sont causées par la *position vicieuse des fragments* doivent être opérées, aussitôt que la radiographie a clairement démontré leur origine.

Dans l'appréciation du pronostic, il importe de tenir compte de ce fait que, chez les enfants, on voit, pour ainsi dire, fondre sous les yeux des cals exubérants, qui semblaient devoir entraver considérablement le fonctionnement du coude ; que tel cal vicieux, le fragment diaphysaire resté saillant en avant, par exemple après la fracture sus-condylienne classique et gênant ainsi l'excursion de l'apophyse coronoïde, se trouve avec l'âge reporté de plus en plus haut par suite de l'accroissement de l'extrémité inférieure de l'humérus. Si bien qu'à un moment donné la restitution fonctionnelle devient beaucoup plus complète qu'on n'aurait osé l'espérer.

5. — **Considérations anatomo-pathologiques sur les fractures du coude chez les jeunes sujets**, *Société anatomique*, 30 décembre 1898.

6. — **Les fractures du coude, en particulier chez les jeunes sujets.** Revue générale, in *Gazette des hôpitaux*, 11 mars et 18 mars 1899.

Ces deux publications, dont l'une est purement anatomique, résument notre thèse avec deux courts chapitres en plus sur les fractures de l'olécrâne et les fractures du col du radius envisagées chez les jeunes sujets. Ces fractures de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras sont extrêmement rares au-dessous de 20 ans, en comparaison des fractures si communes à cet âge de l'extrémité inférieure de l'humérus.

7. — **Fractures sus-condyliennes transversales**, 15 observations. Communications orales, in Thèse de Lebourgeois à paraître prochainement.

8. — **Les fractures du col du radius.** *Revue de chirurgie*, t. I, p. 596, 1900 (14 figures).

Ce mémoire est inspiré par l'étude de 11 observations personnelles appartenant toutes à des enfants et toutes contrôlées par la radiographie.

La fracture du col du radius est, comme la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, une lésion spéciale à l'enfance. Elle s'est, dans tous nos cas, montrée à un âge à peu près constant entre 9 et 12 ans.

Le trait de fracture est transversal ou oblique au-dessous du cartilage épiphysaire, en pleine diaphyse. A moins d'engrènement, les deux fragments sont généralement déplacés (fig. 20); le supérieur en dehors; l'inférieur, diaphysaire, est attiré en haut et en avant par le muscle biceps.

La violence indirecte nous paraît être la cause la plus fréquente, peut être une supination forcée.

Le diagnostic est assez facile ; il doit se faire surtout avec la fracture partielle du condyle externe de l'humérus et avec la luxation de la tête radiale.



Fig. 20.— Déplacement typique des fragments dans une fracture du col du radius.

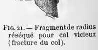


Fig. 21. — Fragment de radius réséqué pour cal vicieux (fracture du col).

Le traitement par le massage suffit dans l'immense majorité des cas, l'ostéotomie s'impose dans les cas rares de consolidation vicieuse (fig. 21).

9. — **Décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus** (observation in Mémoire de Jouon. *Revue d'orthopédie*, juillet 1902.

10. — **Fracture des deux os de l'avant-bras à leur partie inférieure ; interposition entre les deux os du fragment cubital qui gêne la supination ; extirpation ; bon résultat fonctionnel.** *Gazette hebdom. de médec. et de chir.*, 16 octobre 1898.

Il s'agit d'une fracture du radius, à 5 centimètres au-dessus de

l'apophyse styloïde, avec fracture partielle de l'épiphyse cubitale inférieure. Le fragment cubital interposé entre le radius et le cubitus gênait la supination ; son extirpation fut suivie d'un excellent résultat fonctionnel.

11. — **Fracture eoue·trochsntérienne ancienne du fémur gauche.** *Société anatomique*, 25 juin 1897.

12. — **Fractures intra et extra-capsulaires du col du fémur.** *Société anatomique*, 24 janvier 1902.

13. —**Inflexion de l'épiphyse supérieure du tibia sur la diaphyse** (Observation dans la thèse de Got, Paris, juillet 1902).

14. — **Inflexion de l'épiphyse inférieure du fémur simulant la luxation en arrière du tibia dans une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou** (en collaboration avec M. Pierre-Y. Dreyfus). *Revue d'orthopédie*, septembre 1903.

Cette difformité, beaucoup plus rare que la précédente, consiste en une inflexion de l'épiphyse fémorale inférieure à convexité antérieure ; le point culminant de cette convexité répond à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse, de telle sorte que la surface articulaire des condyles fémoraux regarde très obliquement en arrière et en bas ; mais cette surface articulaire reste en contact avec celle du tibia. Il y a inflexion en masse de l'extrémité inférieure du fémur.

15. — **Coxa vara traumatique.** (Observation in thèse de Quesnot, à paraître prochainement.)

16. — **Traitement sanglant des fractures fermées de la jambe** (Observation avec excellent résultat in thèse de Lauriat, à paraître prochainement.)

ARTICULATIONS, MUSCLES, TENDONS.

1. — **Des arthropathies d'origine nerveuse** (en collaboration avec M. Louis Coronat). *Archives générales de médecine*, décembre 1895 et février 1896.

Revue générale où sont étudiées les diverses arthropathies nerveuses, entre autres les arthropathies syringomyéliques, encore peu décrites en France et sur lesquelles une récente monographie de Schlesinger venait d'attirer l'attention.

2. — **Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude à foyer huméral précisé par les rayons X.** *Gazette hebdom. de médec. et de chir.*, 5 août 1897.

3. — **Traumatisme du coude droit dans l'enfance : tabes, névrite du nerf cubital** (en collaboration avec M. R. Cestan). *Gaz. hebdom. de médec. et de chir.*, 19 septembre 1897.

4. — **Arthrite suppurée du genou gauche (à streptocoques) et foyer d'ostéomyélite (à streptocoques) à la partie supérieure du tibia gauche chez un nourrisson.** *Revue mens. des maladies de l'enfance*, février 1899.

5. — **Des pyarthrites aiguës de l'enfance** (en collaboration avec M. P. Audion). *Progrès médical*, 1er avril 1899.

Dans cette revue générale, nous insistons particulièrement sur ces arthrites suppurées infantiles, à causes mal connues, décrites par Smith, Baker, Wright, Krause, Volkmann, et attribuées par MM. Lannelongue, Jalaguier, Broca, Mauclaire à l'ostéomyélite. Celle-ci peut rester uelque temps latente et se manifester dès

l'abord par la présence de l'arthrite suppurée. Notre observation de pyarthrose du genou chez un nourrisson fournit un bel exemple de cette évolution.

6. — **Deux autopsies de luxation ischiatique de la hanche** (en collaboration avec M. Paul Launay). *Société anatomique*, 26 juillet 1895.

Ces deux observations présentent les mêmes lésions anatomiques fondamentales ; dans les deux cas, le déplacement de la tête fémorale s'est fait au-dessus de la tubérosité de l'ischion, à la hauteur de l'épine sciatique ; il existe avec un ligament de Bertin intact une déchirure limitée de la capsule entre les ligaments pubo et iléo-fémoral, une rupture des muscles carré crural et obturateur externe, un arrachement du ligament rond.

7. — **Note sur deux observations de luxations rares : luxations métacarpo-phalangiennes en avant de l'index.** *Gazette hebdom. de médec. et de chir.*, 17 mars 1898.

Un de ces cas, observé par Mauclaire trois semaines après l'accident, nécessita l'extirpation de l'os sésamoïde. Notre cas personnel fut aisément réduit aussitôt après l'accident.

8. — **Luxation complexe en arrière de l'index droit.** *Journal de chirurgie belge*, n° 8, 1901.

Résection de la tête du deuxième métacarpien pour luxation complexe en arrière de l'index chez un jeune homme de 23 ans. Excellent résultat fonctionnel.

9. — **Luxation de la 6e vertèbre cervicale sur la 7e avec fractures des deux apophyses articulaires supérieures et des deux apophyses transverses de la 7e** (en collaboration avec M. P. Clément). *Société anatomique*, 2 octobre 1903.

10. — **Luxation paralytique de la hanche** (variété iliaque). *Société anatomique*, 19 juin 1903.

Une pareille luxation est exceptionnelle ; la paralysie infantile frappe généralement le segment terminal au membre inférieur, et quand elle atteint le segment proximal, elle donne lieu à une hanche ballante ou tout au plus à une luxation en avant, luxation pubienne. Encore voit-on généralement survenir des déplacements légers en avant dans la partie supérieure du cotyle, plutôt que des luxations vraies.

11. — **Hygroma volumineux de la bourse séreuse prérotulienne du genou droit.** *Société anatomique*, 7 décembre 1894.

12. — **Quelques observations d'arrachement sous-cutané des tendons extenseurs des doigts.** *Archives générales de médecine*, juin 1895.

CRANE. RACHIS. MASTOIDE. NERFS.

1. — **Fractures de la voûte et de la baae du crâne ; fracturea des deux radius, ruptures multiples du foie, de la rate et du rein droit chez un jeune homme tombé de la hauteur d'un premier étage** (en collaboratian avec M. Auvray). *Société anatomique*, 19 juillet 1895.

2. — **Plaie du cerveau par balle de revolver.** *Société anatomique*, 24 février 1893.

3. — **Plaie pénétrante du crâne par balle de revolver avec symptômsa fruates.** *Société anatomique*, 7 décembre 1894.

4. — **Sur ls traitement du mal de Pott** (en callaboration avec M. A. Broca). *Cangrès Internat. de médec.*, Paris, août 1900, et *Gaz. hebdam. de médec. et de chir.*, 19 août 1900.

Cette communication au Congrès de 1900 est appuyée sur l'observation prolongée de 55 cas de maux de Pott traités par la méthode de Calot. Nous résumons ici nos principales conclusions qui n'ont rien perdu actuellement de leur importance.

La carrection obtenue par le redressement brusque de Calot se maintient-elle ? Voilà la question importante à laquelle nous devions chercher à répondre d'une façon précise. D'abord cette correction n'est pas toujours possible et nous avons échoué dans une dizaine de cas où les gibbosités étaient peu accentuées, mais probablement déjà anciennes et ankylosées. Pour ces dernières, l'accord est fait, le redressement brusque doit être proscrit ; il présente des dangers, dc l'aveu d'un grand nombre de chirurgiens, et il est sans effet.

Des dangers, nous n'en avons point observés ; sur les 5 morts que nous avons relevées, 4 ont été dues à des fièvres éruptives ; une

seule, par méningite tuberculeuse, ne saurait être imputable à la méthode, puisqu'elle est survenue plusieurs mois aprés le traitement.

La correction, même si elle semble compléte après le redressement brusque, ne l'est plus au bout d'un temps assez rapide, bien que l'enfant ait été maintenu rigoureusement dans le décubitus dorsal. Quand il survient une eschare au niveau de la gibbosité, — et c'est presque la règle en pareil cas, — l'ouverture creusée dans le plâtre pour permettre le pansement nous montre la bosse tendant à faire hernie au dehors.

C'est pourquoi nous n'avons pas cru devoir, comme Lorenz, Wolff, ménager un orifice au niveau de la saillie osseuse, dés l'application de l'appareil plâtré, en vue d'éviter les eschares.

Nous avons systématiquement reporté sur le papier la courbe de toutes les gibbosités, obtenue à l'aide d'un ruban de plomb flexible, et cela avant le redressement, comme à chaque renouvellement d'appareil. Or nous avons eu le regret de constater qu'au bout de quelques mois la difformité se reproduisait presque aussi accentuée qu'auparavant.

Nous savons qu'on a parlé de consolidation par soudure des arcs postérieurs des vertèbres, de tassement postérieur, capable ainsi de remédier à l'énorme hiatus créé en avant du rachis par le redressement forcé ; mais ces considérations nous ont toujours paru un peu théoriques et — même prises comme telles — insuffisantes à expliquer les faits. Il est vrai qu'on a prétendu trouver la preuve de cette consolidation dans des radiographies, mais notre expérience nous a toujours fait douter de la netteté de celles-ci, et nous craignons qu'une indulgente paternité n'ait donné à leurs auteurs une netteté de coup d'œil qui nous fait défaut.

En ce qui concerne les gibbosités récentes, le redressement brusque a-t-il de réels avantages ? Nous ne le croyons pas. Dans les 10 cas où la méthode de Calot nous a fourni une diminution réelle et durable de la gibbosité, il s'agissait de maux de Pott tout au début, pour lesquels il n'a pas été nécessaire d'appuyer sur la gibbosité ; la simple traction horizontale exercée par les aides a suffi — sous l'anesthésie chloroformique, bien entendu — à rendre

à la colonne vertébrale sa rectitude. Ce n'est donc point sur le compte du redressement brusque que ces succès doivent être mis, c'est à l'emploi de l'anesthésie chloroformique, c'est à la suspension de Sayre sous cette anesthésie qu'il faut les rapporter. La confection soignée d'un grand appareil plâtré maintenant bien les épaules et le bassin contribue ensuite pour une grande part à rendre le succès définitif.

On a dit que la paraplégie devait être considérée comme une indication du redressement forcé, et beaucoup d'auteurs ont signalé des améliorations de la paraplégie imputables à cette méthode. Pour notre part, nous avons constaté pareille amélioration chez 3 malades, mais il n'est pas bien certain que ce soit autre chose qu'une coïncidence : on connaît la tendance des paraplégies pottiques à guérir spontanément, et on sait comme il est exceptionnel qu'elles soient imputables à une compression osseuse. En tout cas, nos paraplégies auraient-elles dû leur amélioration à notre traitement que nous en attribuerions le mérite moins au redressement forcé lui-même qu'à la suspension sous l'anesthésie chloroformique.

Sur ce point spécial encore, nous proscrivons donc le redressement forcé, d'accord avec la majorité des auteurs.

Ce qu'il faut garder de la méthode de Calot, c'est la chloroformisation dans la suspension de Sayre et l'application d'un appareil plâtré englobant les épaules et les hanches.

Par la chloroformisation, on obtient le redressement spontané des gibbosités récentes, de celles qui ne doivent leur accentuation qu'aux contractures des muscles des gouttières vertébrales.

Par l'application du grand appareil plâtré, on assure au rachis une sérieuse immobilisation qui tend à maintenir le résultat acquis et à imprimer au mal de Pott une évolution désormais favorable.

C'est dès le début qu'il faut soigner le mal de Pott ; lorsque la bosse est constituée, il est trop tard, et le temps n'est pas encore venu où il n'y aura plus de bossus.

La tuberculose vertébrale est soumise dans son évolution à l'influence de trop de facteurs divers ; elle est — particulièrement dans la clientèle hospitalière — d'une chronicité trop désespérante chez les uns, d'une progression trop rapide chez les autres, pour-

qu'on s'illusionne sur les effets d'un traitement local, si bien dirigé soit-il.

Nous pensons, en tout cas, que ce dernier ne doit jamais être négligé par le chirurgien ; il doit être longtemps prolongé pour être efficace, c'est par années que se chiffre sa durée.

Nous croyons enfin que c'est dans la voie que nous venons d'indiquer qu'on obtiendra les meilleurs résultats.

5. — **Mal de Pott ; du redressemsnt de la gibbosité** (observations in thèse de Rozoy, Paris, 1901).

Mêmes conclusions que celles que nous émettions plus haut, plus défavorables encore à la méthode du redressement brusque.

6. — **Mastoïdite suppurée, ostéomyélite à foyers multiples (tibia, humérus, claviculs).** (En collaboration avec M. P. Audion.) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1er décembre 1898.

7. — **Section complète du nerf médian au poignet. Suture. guérison.** *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 4 janvier 1900.

8. — **Complications nerveusss des fracturss de l'extrémité inférieure de l'humérus** (en collaboration avec M. A. Broca). *Revue de chirurgie*, juin 1899 (4 figures).

Les cas assez nombreux relativement de lésion nerveuse que nous avions publiés dans notre thèse nous ont engagé à reprendre la question des complications nerveuses des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus dans un mémoire spécial. Nous avons donc, M. A. Broca et moi, tenté de rajeunir à l'aide de nos constatations radiographiques et opératoires ce chapitre de pathologie chirurgicale. Nous ne citons ici que les principaux passages dignes d'être mis en relief.

Tous les nerfs qui avoisinent l'extrémité inférieure de l'humérus peuvent être intéressés : le radial, le médian, le cubital. La localisation nerveuse paraît liée au siège même de la fracture, mais ce fait n'est point absolu, comme nous le verrons. On comprend qu'il

n'existe point ici, comme pour la fracture du corps de l'humérus, de prédilection spéciale pour le nerf radial. Dans un cas, nous avons vu les trois nerfs atteints à la fois : deux surtout, le médian et le cubital ; les huit autres observations se rapportent à des paralysies isolées (deux du nerf radial, trois du médian et trois du cubital).

Les *causes* de ces paralysies sont multiples ; elles doivent être dès l'abord groupées sous deux chefs principaux : causes *primitives*, causes *secondaires*, selon que les phénomènes nerveux débutent au moment de l'accident, ou tout au moins dans les premiers jours, ou bien qu'ils apparaissent au moment de la guérison de la fracture, pendant la formation du cal. Cette distinction est capitale, elle domine l'étiologie et la thérapeutique de la lésion nerveuse.

Il convient, en outre, de réserver une classe à part pour les paralysies qui apparaissent *tardivement*, dix-huit ans, vingt-deux ans après la fracture, et qui, malgré le temps écoulé, n'en sont pas moins sous la dépendance de cette fracture.

Les *paralysies primitives* sont liées aux lésions suivantes : section complète du nerf, déchirure partielle ou dilacération ; distension par un fragment disloqué ; embrochement par une arête osseuse, interposition entre les fragments, enfin contusion simple du nerf.

La contusion nerveuse est peut-être la cause la plus fréquente des paralysies primitives dans les fractures du coude ; c'est à elle que le chirurgien doit d'abord songer. Ce devoir est d'autant plus impérieux que la paralysie qui suit la contusion n'est pas toujours exactement contemporaine de la violence : elle peut se développer peu à peu et n'apparaître nettement que les semaines suivantes ; c'est au chirurgien à la surprendre, à la dépister dès le début. Il n'est pas exceptionnel, d'autre part, de voir une paralysie primitive — au sens littéral du mot, — apparue par exemple, dès le jour de la fracture, se perpétuer par l'englobement secondaire du nerf dans le cal, de telle façon que deux mécanismes différents se succèdent et se combinent en quelque sorte pour produire la paralysie.

Les *paralysies secondaires* représentent le type de la compression des nerfs. Les causes peuvent être groupées en deux classes : compression par *le cal exubérant* et compression par *un fragment mal réduit*. Cette dernière cause est probablement la plus

fréquente. Avant l'emploi des rayons Rœntgen, on avait trop de tendance à rapporter au cal lui-même des néoformations osseuses qui ne sont le plus souvent que des fragments juxtaposés par chevauchement (fig. 22) : on disait *cal gros*, *exubérant* là où il aurait fallu dire *fragments consolidés en position vicieuse*. Nous avons eu très souvent l'occasion de vérifier ce fait par la radiographie de fractures du tibia, de la clavicule, de l'humérus enfin.



Fig. 22. — Consolidation vicieuse récente d'une fracture supra-condylienne. Le fragment diaphysaire resté saillant en avant soulève le nerf médian.

Quant aux paralysies *tardives*, notre thèse de doctorat en mentionnait déjà une observation très curieuse qui concernait le nerf cubital et que nous rattachions à une fracture ancienne du condyle externe (survenue dix-neuf ans auparavant); nous invoquions pour cela un mécanisme que le cas nouveau étudié avec M. A. Broca n'a fait que confirmer. C'est dans les fractures du condyle externe datant de l'enfance que nous avons vu survenir ces paralysies tardives, paralysies intéressant le nerf cubital. Les fractures de ce condyle sont des fractures sus-condyliennes obliques, dont le trait

parallèle et sus-jacent au cartilage épiphysaire du condyle externe est susceptible d'entamer ce cartilage et de troubler sa vitalité. Dans le cas présent, la viciation de l'ostéogénèse qui survient aboutit à un arrêt de développement dn massif du condyle externe et à la production d'une difformité du membre en cubitus valgus (fig. 23).



Fig. 23. — Cubitus valgus à la suite d'une fracture du condyle externe.

Ce cubitus valgus met des années à se constituer définitivement; il peut devenir très marqué, d'où rapprochement progressif de l'olécrâne contre l'épitrochlée et par suite effacement de la gouttière du nerf cubital.

De sorte qu'à un moment donné le nerf est délogé de son siège habituel et vient constamment se heurter contre l'épitrochlée dans es divers mouvements du coude.

Ainsi, fracture du condyle externe dans l'enfance, cubitus valgus, effacement de la gouttière épitrochléo-olécranienne, telles sont dans nos observations les trois étapes successives qui conduisent au bout d'un temps plus ou moins long, 18 ans, 22 ans, etc., à la paralysie du nerf cubital.

Nous devons envisager dans le traitement de ces paralysies deux circonstances bien différentes, suivant qu'elles ont apparu dans les premiers jours de l'accident ou pendant la formation du cal.

Une paralysie primitive, à moins de cas exceptionnels où elle peut être attribuée à une section nerveuse ou à une interposition du nerf entre les fragments, doit être surveillée de près et l'on n'interviendra qu'après un certain temps d'examen clinique et un certain nombre d'explorations électriques. Il est évident que la section nerveuse, une fois reconnue, doit être immédiatement traitée par l'intervention chirurgicale, la suture du nerf. On profitera de l'occasion pour suturer les fragments, ou les encheviller, ou leur faire subir une de ces régularisations modelantes qui nous ont fort bien réussi.

L'interposition nerveuse est un fait exceptionnel que l'on a observé dans des fractures du corps de l'humérus ; on essaiera, avant d'intervenir par une opération chirurgicale, de pratiquer des manœuvres de circumduction, qui suffiront quelquefois à replacer le nerf dans sa situation normale et à maintenir du même coup la réduction des fragments.

Dans la très grande majorité des cas, nous avons affaire à des faits de contusion nerveuse, tantôt légère, tantôt grave ; il convient d'en surveiller l'évolution avant de songer à une opération. L'exploration électrique présente sous ce rapport la plus grande importance, elle nous renseigne exactement sur le degré de l'atteinte du nerf. Si cette atteinte paraît grave d'emblée, nous conseillons formellement l'intervention chirurgicale précoce ; on a tout à gagner, rien à perdre. Il peut arriver, par exemple, que nous trouvions une aiguille osseuse qui a pénétré dans le nerf, ou un fragment déplacé qui continue à le comprimer. Si, au contraire, l'examen électrique ne révèle pas une lésion trop prononcée du nerf, il convient d'attendre quelques mois avant de décider l'opération. On

soumettra régulièrement le malade au massage et à l'électrisation galvanique, de préférence par les courants alternatifs, selon la méthode préconisée à la Salpêtrière par le Dr Huet. Si l'on n'observe pas d'amélioration au bout de quatre ou cinq mois, nous croyons qu'il ne faut pas différer davantage l'intervention chirurgicale. Il faut aller à la recherche du tronc nerveux, le libérer et le mobiliser.

Lorsqu'il s'agit d'une paralysie apparue pendant la formation du cal, la conduite du chirurgien doit s'inspirer à la fois du degré de la paralysie et de la nature du cal. Nous nous expliquons : même avec une paralysie peu accentuée, ne présentant que la réaction partielle de dégénérescence, nous sommes d'avis d'intervenir si la clinique et la radiographie nous montrent l'existence d'une réduction défectueuse de la fracture, la présence d'un fragment resté saillant qui soulève ou comprime le nerf.

En cas de paralysies secondaires, l'exploration électrique et la radiographie doivent donc être mises en œuvre concurremment : elles dicteront au chirurgien la conduite à tenir. Nous pensons, en effet, que dans tous les cas où il s'agit vraiment d'un fragment mal réduit on doit recourir au traitement chirurgical immédiat, sans attendre les effets du traitement électrique; et cela non seulement parce que la guérison est plus rapide, mais surtout parce que l'état fonctionnel du coude sera très amélioré par l'intervention. C'est surtout aux fractures supra-condyliennes avec saillie en avant du fragment diaphysaire que s'applique cette remarque. Dans cette variété de fractures, l'abrasion du fragment diaphysaire s'impose; ce fragment reste saillant en avant et soulève le nerf médian à la façon d'un chevalet, en même temps qu'il gêne la flexion par sa rencontre avec le coroné.

D'une façon générale, on fera la libération du nerf, aussi complète que possible, sur toute l'étendue de la zone comprimée par le cal. Une fois le nerf isolé, on achèvera l'excision de toutes les portions de tissu fibreux ou osseux exubérant, qui pourraient amener de nouveau la compression du nerf.

En cas de paralysie tardive, l'intervention thérapeutique est nette et pressante ; il faut opérer le malade. On délogera le nerf de sa

situation défectueuse, on lui creusera une gouttière de réception suffisamment profonde, dans laquelle il soit très mobile et ne puisse être tendu dans certains mouvements du coude.

9. — **Complications nerveuses tardives des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus survenues dans l'enfance.** Conférence clinique à l'hôpital Necker, publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 7 octobre 1902.

Une observation nouvelle de paralysie tardive remise à *Vacquerie* pour sa thèse (Paris, 1902) nous a fourni l'occasion de résumer nos connaissances sur ce sujet.

COU. — POITRINE

1. — **Fibrome du muscle trapèze.** *Société anatomique*, 15 mai 1903.

2. — **Sarcome pur fasciculé de la mamelle.** *Société anatomique*, 27 octobre 1893.

TUBE DIGESTIF. — FOIE. — RATE

1. — **Cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée.** *Société anatomique*, avril 1901.

Il s'agit d'un malade entré mourant dans le service de M. le professeur Le Dentu ; nous lui avons pratiqué d'urgence une gastrostomie par le procédé de Fontan ; il succomba le 8e jour. La perforation trachéale ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

2. — **Côlon transverse; prolapsus; colopexie** (en collaboration avec M. Pl. Mauclaire). *Société anatomique*, 24 juillet 1896.

Tous les organes de l'abdomen peuvent être prolabés. C'est à ce point de vue qu'une statistique de 100 observations de côlons transverses prises sur le cadavre, en dehors de tout état pathologique apparent, nous permet de présenter les conclusions suivantes :

L'*angle droit* du côlon ne nous a jamais paru très fixe, et, bien que son siège ne varie que dans des limites assez restreintes, cet angle est peu maintenu par les replis péritonéaux (ligament cystico-colique, hépato-colique, gastro-colique) qui l'entourent ; son abaissement dépend de l'abaissement du foie (fig. 24).

Le *côlon transverse* nous a paru présenter une grande variabilité dans sa situation et sa direction. Exceptionnellement horizontal dans toute son étendue (2 fois sur 100 cas), il nous a paru situé plus bas que ne l'indiquent jusqu'ici la majorité des auteurs classiques.

Il résulte de nos observations que les deux tiers des côlons transverses sont situés au niveau (26 p. 100) ou au-dessous (34 p. 100)

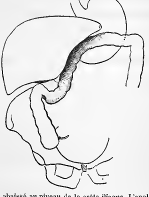


Fig. 24. — Foie abaissé au niveau de la crête iliaque. L'angle droit du côlon est dans la fosse iliaque. La moitié droite du côlon transverse sinueuse monte le long du bord antérieur du foie, qu'elle semble échancrer plus loin ; tout à gauche, le côlon passe devant l'estomac pour former l'angle gauche au niveau de la 10e côte. (Homme de 45 ans.)

de l'ombilic. De plus, nos recherches ayant porté sur un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes, nous avons noté deux fois plus de femmes que d'hommes ayant le côlon transverse au-dessous de l'ombilic.

Ce fait corrobore les observations des cliniciens, qui avaient signalé depuis longtemps la plus grande fréquence des ptoses viscérales chez la femme.

Nous croyons qu'il est nécessaire de décrire avec Fromont (de Lille) et Jonnesco, deux portions bien distinctes au côlon transverse, une *portion droite* et une *portion gauche*; elles diffèrent par leur direction et leurs rapports.

La portion droite, appelée aussi transverse vraie par Fromont, mériterait surtout le nom *d'anse sinueuse*, car nous l'avons presque toujours vue, sauf dans 15 cas sur 100, ce qui est peu, présenter des sinuosités en S ; la direction générale, au contraire, est loin d'être constamment transversale.

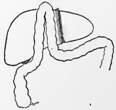


Fig. 25. — La moitié droite du côlon transverse forme une longue anse en V qui s'enfonce entre la face convexe du foie et le diaphragme jusqu'au niveau du ligament coronaire à droite du ligament suspenseur (femme âgée).

Cette portion droite reste sous le foie, au-devant de la portion descendante du duodénum, généralement moins mobile que la portion gauche et moins bas située dans ses déplacements. Nous l'avons vue, dans un cas bien curieux, remonter entre le foie et le diaphragme, jusqu'au ligament coronaire à droite du ligament suspenseur, formant là une longue anse à branches parallèles qu'il était difficile de dégager (fig. 25).

Dans un autre cas, où l'angle colique droit était abaissé, la portion droite du côlon était située au-devant de la vessie. En général, c'est une ligne verticale passant par le pylore qui forme la limite gauche de cette deuxième portion du côlon, mais cette limite n'est pas invariable et n'est point constituée, comme le

pense Glénard, par un ligament pyloro-colique dont nous n'avons pu reconnaître l'existence distincte, indépendante de celle du grand épiploon.

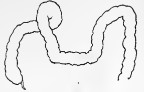


FIG. 26. — Côlon transverse. La moitié droite forme une boucle, la partie médiane, en U, est à 4 travers de doigts du pubis.

La continuité de la portion droite du côlon transverse avec la portion gauche se fait sans diminution de calibre, mais, soit insensiblement par une anse à concavité supérieure, ce qui est le cas le



FIG. 27. — Côlon transverse en M renversé. Les convexités inférieures du côlon sont à un travers de doigt sous l'ombilic.

plus fréquent ; soit par un changement de direction plus ou moins brusque qui fournit des dessins en V, en U (fig. 26), dans une proportion de 10 cas pour 100, exceptionnellement en M renversé (fig. 27 et 28). En tous cas, la portion gauche du côlon trans-

verse est exceptionnellement sinueuse (fig. 29), 6 fois sur 100; elle est généralement rectiligne, parallèle à la grande courbure



FIG. 28. — Cæcum complètement renversé; le fond affleure la vésicule biliaire et le bord antérieur du foie, la face postérieure devenue antérieure est recouverte par l'appendice vermiforme. Sur le bord gauche aboutit l'iléon, qui dépasse en haut l'ombilic. L'angle droit du côlon est en bas dans la fosse iliaque, la moitié droite du côlon transverse est très sinueuse, la gauche forme un V. (Femme âgée, estomac et foie normaux.)

de l'estomac et située sur un plan postérieur à elle, quelquefois sur un plan antérieur; d'où le nom d'*anse gastro-colique* qu'on lui a donné. Sa direction générale est oblique en haut et à gauche, et cela, quelle que soit la situation de la portion droite, à cause de la fixité de l'angle colique gauche.



FIG. 29. — Absence de sinuosités dans la moitié droite du côlon transverse. Sinuosités prononcées dans la moitié gauche. (Femme de 16 ans.)

La portion gauche du côlon transverse reste accolée par le ligament gastro-colique à la grande courbure de l'estomac et ne se

déplace guère qu'avec cet organe. Nous n'avons jamais constaté nettement « *la corde colique* » que Glénard dit si fréquente, et qui serait formée par le côlon contracté, réduit au diamètre du pouce, entre la portion pylorique et l'angle colique gauche. Mais nous avons vu, dans plusieurs cas, cette portion du côlon descendre très bas, jusqu'au niveau du pubis ou de la ligne innominée gauche et remonter ensuite verticalement au-devant du côlon descendant, qu'elle recouvrait de telle sorte que, dans l'établissement d'un anus

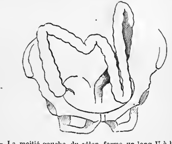


Fig. 30. — La moitié gauche du côlon forme un long U à branches contiguës ; la convexité de ce U affleure le détroit supérieur gauche. La branche gauche monte rejoindre l'angle gauche du côlon parallèlement au côlon descendant qu'elle recouvre. Pas la moindre ptose des autres viscères abdominaux. (Femme jeune.)

iliaque, le chirurgien aurait pu attirer le côlon transverse. L'erreur a déjà été commise (fig. 30).

L'angle gauche du côlon est plus prononcé que celui de droite, généralement aigu ; il a une situation très fixe, maintenu qu'il est solidement par le ligament phrénico-colique.

Adenot (de Lyon) a bien montré l'importance de cette fixité dans la pathogénie d'un certain nombre d'occlusions intestinales post-opératoires, qui semblent dues à l'imperméabilité physiologique de cet angle. Il résulte de nos recherches que cet angle répond, dans le plus grand nombre des cas, à la face interne de la 9e côte, sur

une ligne axillaire, et ensuite à la 11e côte et à la 8e. De telle sorte que l'angle gauche est plus élevé que le droit, situé au niveau de l'extrémité supérieure et non inférieure du rein correspondant, et que, schématiquement, la direction générale du côlon transverse est oblique de droite à gauche et légèrement de bas en haut avec une moitié droite sinueuse et une moitié gauche presque rectiligne, se continuant l'une avec l'autre par un angle variable (fig. 31).

Nous rappellerons, en terminant, les tentatives faites par quelques chirurgiens pour remédier aux ptoses du côlon transverse en cher-

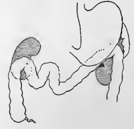


Fig. 31. — Forme la plus fréquente du côlon transverse.

chant à fixer à la paroi abdominale antérieure les angles droit et gauche : l'angle droit au niveau du bord antérieur du foie, l'angle gauche, d'une façon analogue, au niveau d'une des bandelettes longitudinales.

Lambotte (de Bruxelles) a communiqué en janvier 1896 un cas suivi de succès au bout de plusieurs mois, à la Société belge de chirurgie.

Peut-être pourrait-on essayer de fixer l'angle gauche au niveau de la face interne de la 9e côte pour qu'il occupe davantage sa situation physiologique. De plus, comme entre ses deux angles, surtout dans sa moitié gauche, le côlon transverse subit dans les cas de ptose des abaissements considérables certainement nuisibles

à la circulation des matières, nous croyons qu'il serait logique de fixer, à la paroi abdominale, la portion moyenne du côlon transverse, comme on a tenté de fixer la petite courbure de l'estomac dans les cas de ptose exagérée de cet organe (fig. 32).

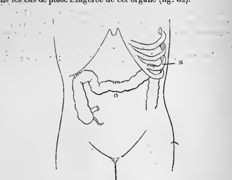


Fig. 32. — Colopexie : Fixation de l'angle droit du côlon à la paroi abdominale au niveau du bord antérieur du foie. Fixation de l'angle gauche au périoste de la 9e côte sur la ligne axilaire. Fixation de la portion moyenne à la paroi abdominale dans la région sus-ombilicale.

3. — **Rectite hypertrophique, proliférante et sténosante (Rétrécissement dit syphilitique)** (en collaboration avec M. Pierre Delbet). *Archives générales de médecine*, novembre et décembre 1893.

A cette époque, la majorité des chirurgiens admettaient encore la nature syphilitique des rétrécissements inflammatoires du rectum. Nous avons tenté de montrer après notre maître M. Duplay, en nous fondant sur l'anatomie pathologique et sur l'évolution clinique, que ce rétrécissement ne méritait pas, le plus souvent, cette épithète de syphilitique. A côté des diverses espèces de rectites ulcéreuses il existe une *rectite chronique hypertrophique* qui évolue de plusieurs façons différentes, emenant soit la production de *végé-*

lations papillomateuses (rectite proliférante d'Hamonic, molluscums fibreux ano-rectaux de Reclus), soit la production d'un anneau fibreux (*rectite sténosante, rétrécissement dit syphilitique*), soit enfin la *production simultanée* d'une *virole* fibreuse et de *végétations* papillomateuses dans les cas, qui ne sont pas très rares, où les deux formes évolutives s'associent.

En signalant la ressemblance histologique si complète entre les rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre et les rétrécissements dits syphilitiques du rectum, nous avons insisté sur ce fait que la rectite proliférante, les molluscums fibreux et les rétrécissements ne sont que des modes de la rectite chronique hypertrophique.

Les idées se sont assez modifiées depuis notre mémoire pour qu'on se borne aujourd'hui à parler de rétrécissements *dits* syphilitiques.

4. — **Rétrécissement inflammatoire du rectum; amélioration par la dilatation.** (Observation VI in thèse de Lapointe, 1897.)

5. — **Tuberculose ano-rectale hypertrophique simulant un épithélioma.** (Observation XVI, in thèse de Lapointe, 1897.)

6. — **Gros polype du rectum expulsé pendant la défécation par une jeune fille de 22 ans.** *Société anatomique*, 7 décembre 1894.

Ce polype arrondi, du volume d'une grosse mandarine, était inséré par un mince pédicule sur la paroi postérieure du rectum. Autour du polype se groupait une quantité de granulations polypiformes sessiles.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome.

7. — **Corps étranger du rectum.** *Gazette des hôpitaux*, 20 octobre 1896.

Morceau de manche à balai d'une longueur de 31 centimètres, et d'une circonférence de 9 centimètres, faisant saillie dans l'hypo-

chondre droit, à 3 centimètres du rebord costal, sur la ligne mammaire. Extraction facile par trois doigts introduits dans l'anus.

8. — **Chirurgie intestinale d'urgence.** Un volume in-16 des *Actualités médicales*, J.-B. Baillière, éditeur, 23 figures, 96 pages.

Nous avons condensé dans ce petit volume destiné aux praticiens les notions essentielles de la chirurgie intestinale d'urgence. Les indications et la technique opératoire sont énumérées successivement pour les plaies et les contusions de l'abdomen, pour l'occlusion intestinale, l'appendicite, l'imperforation ano-rectale, les hernies étranglées, etc.

9. — **Trichocéphale sur un segment d'intestin invaginé.** *Société anatomique*, 19 juin 1903.

10. — **Sur un cas de péritonite suppurée à caractères anormaux.** *Semaine gynécologique*, 11 août 1896.

11. — **Calcul biliaire extrait de la vésicule par cholécystotomie** (en collaboration avec M. Paul Hallopeau). *Société anatomique*, 22 février 1901.

Volumineux calcul engagé dans le canal cystique avec hydropisie très considérable de la vésicule biliaire.

Femme de 56 ans, entrée à l'hôpital Necker pour une crise douloureuse localisée principalement dans le côté droit de l'abdomen et accompagnée de vomissements surtout bilieux.

Le balonnement abdominal, la situation basse de la tuméfaction dans la fosse iliaque droite, l'altération de l'état général avaient fait penser à une appendicite.

12. — **Opération de Talma** (*omentopexie*) **pour ascite d'origine hépatique ; survie de 3 mois, constatations nécropsiques** (en collaboration avec M. Pierre Clément). *Société anatomique*, 29 janvier 1904.

La cirrhose alcoolique du foie, traitée par cette opération, ne

paraît avoir été influencée ni en bien ni en mal. De riches anastomoses s'étaient développées entre l'épiploon et la paroi (fig. 33).

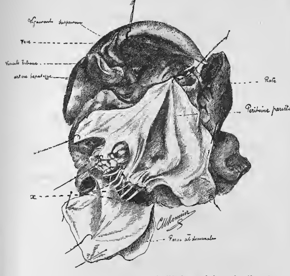


Fig. 33. — Opération de Talma pour ascite liée à une cirrhose alcoolique du foie ; mort 3 mois après. On voit en x de riches anastomoses vasculaires entre l'épiploon et la paroi abdominale.

Le procédé opératoire employé consista dans l'interposition de l'épiploon sur une large surface entre le péritoine pariétal et le fascia transversalis.

13. — Rupture de la rate par coup de pied de cheval ; splénectomie à la huitième heure. Guérison (observation présentée à l'Académie de Médecine par M. A. Le Dentu, séance du 16 juin 1903).

Notre maître, M. Le Dentu, après avoir vu le blessé et posé l'indication opératoire, nous confia l'opération. Contracture généralisée de la paroi abdominale, douleur vive à l'hypochondre gauche ;



Fig. 34. — Face externe de la rate.

matité dans les flancs, surtout à gauche, tels étaient les principaux signes de lésion viscérale.

Avec une incision parallèle au rebord costal gauche embranchée sur l'extrémité supérieure de notre première incision médiane, nous pûmes assez facilement dégager la rate qui présentait, outre deux surfaces adhérentes, dépouillées de capsule, des fissures multiples ; la fissure la plus profonde se trouve sur la face postéro-interne (fig. 34 et 35).

Notre observation démontre d'une façon irréfutable les avantages de l'ablation totale de la rate dans les ruptures sous-cutanées de

cet organe, ablation considérée comme le procédé de choix depuis la thèse de Vanverts (1897) et le rapport de Février au Congrès de chirurgie (1901). Il est facile de se rendre compte, en examinant la pièce enlevée, du danger qu'il y aurait eu à laisser en place un organe dont les lésions les plus considérables étaient situées dans une portion inaccessible à la vue et ont été constatables seulement

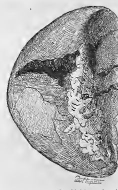


Fig. 35. — Face interne de la rate. La déchirure la plus considérable est en arrière du hile.

après l'extirpation. *La splénectomie est le traitement de choix, toutes les fois qu'elle est possible.* Le récent mémoire de Brewer (1903) n'est point fait pour changer notre opinion à cet égard.

Le nombre de cas de splénectomies guéris est encore très restreint en France ; notre cas est le huitième publié de guérison. Les sept cas antérieurs sont ceux de Paul Delbet, Hartmann, Auvray, Mauclaire, Judet, Coville et Pauchet ; toutes ces splénectomies ont été pratiquées pour des ruptures de la rate par contusion abdominale, sauf celle de Hartmann pratiquée pour une plaie par arme à feu.

ORGANES GENITAUX

1. — **Grossesse tubaire.** *Société anatomique*, 10 novembre 1893.

2. — **Grossesse tubaire isthmique rompue dans le premier mois : inondation péritonéale. Laparotomie ; guérison.** *Société anatomique*, novembre 1902.

La rupture s'est faite sur la face postérieure de la trompe, tout contre le bord supérieur, à un demi-centimètre de la corne utérine. Le diamètre de la perforation est à peu près celui d'une pièce de o fr. 5o (fig. 36).

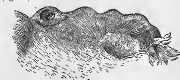


FIG. 36. — Face postérieure de la trompe. Rupture de grossesse isthmique dans le premier mois.

3. — **Utérus biloculaire, d'aspect extérieur normal.** *Société anatomique*, 5 avril 1895.

4. — **Fibromes de la paroi postérieure de l'utérus.** *Société anatomique*, 27 octobre 1893.

5. — **Utérus bourré de fibromes chez une vierge de 28 ans.** *Société anatomique*, 25 juin 1897.

6. — **Fibromes calcifiés de l'utérus** (en collaboration avec M. PIERRE CLÉMENT). *Société anatomique*, 2 octobre 1903.

Utérus de femme de 65 ans, très volumineux, renfermant 7 fi-

bromes : 5 petits, du volume d'une noix, sont en voie de calcification ; les 2 autres, de la grosseur d'une mandarine, sont développés dans la paroi postérieure au voisinage du fond et ont complètement subi la transformation calcaire.

7. — **Prolapsus total de l'utérus à forme anormale sans cystocèle ni rectocèle.** *Société anatomique*, 5 avril 1895.

La portion profonde de l'utérus prolabé était étranglée par un pessaire de Dumontpallier, appliqué cinq mois auparavant : la portion cervicale, arrondie, était considérablement hypertrophiée. L'ensemble formait une sorte de battant de cloche, qui fut enlevé par hystérectomie vaginale.

8. — **Prolapsus utérin, vésical et rectal, incoercible** (en collaboration avec M. Pierre Dreyfus). *Société anatomique*, 26 juin 1903, et *Semaine gynécologique*. 21 juillet 1903.

9. — **Aménorrhée jusqu'à 45 ans ; pseudo-menstruation à cet âge ; cancer utérin.** *Semaine gynécologique*, n° 3, 18 février 1896.

ANATOMIE. CHIRURGIE OPÉRATOIRE

1. — **Côlon transverse ; forme et moyens de fixité ; déductions opératoires** (en collaboration avec M. P. Mauclaire). *Société anatomique*, 1896. Déjà cité.

2. — **Anomalies musculaires.** *Société anatomique*, 4 février 1898.



Fig. 37. — Faisceau accessoire (M. *acc*) du muscle couturier, détaché du pectiné au voisinage de son insertion iliaque.

a) Faisceau accessoire du *couturier* détaché du pectiné au voisinage de son insertion iliaque, uni au couturier au voisinage de son insertion tibiale (fig. 37).

b) Faisceaux charnus anormaux, fusiformes, unissant les folioles du centre phrénique sur la face inférieure de celui-ci (fig. 38).

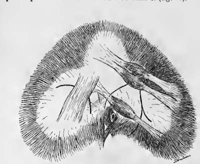


Fig. 38. — Face inférieure du diaphragme. Faisceaux charnus anormaux unissant les folioles.

3. — **Foie à lobe gauche rudimentaire.** *Société anatomique*, 4 février 1898.

Foie pesant 2 kilogrammes, ayant un lobe gauche du volume d'une noix.

4. — **Atlas-Manuel de chirurgie opératoire**, par Otto Zuckerkandl. Edition française, 1 volume de 423 pages avec préface de M. Quénu. Paris, J.-B. Baillière 1re édition, 1899. 2e édition, 1900, considérablement augmentée.

Les nombreuses notes additionnelles que nous avons intercalées dans cette traduction d'un ouvrage exclusivement pratique, rempli de figures et de planches en couleurs, concernent, outre la technique de certaines ligatures ou amputations, le traitement opératoire des pieds bots, des pieds plats, des mastoïdites et de leurs complications, l'extirpation du larynx, les thoracoplasties, la gastrotomie, les entéro-anastomoses, les hernies, la néphropexie, etc.

TUMEURS

1. — **Développement tardif d'un épithélioma pavimenteux lobulé dans la peau qui entoure une corne cutanée du front.** *Société anatomique*, 7 décembre 1894.

2. — **Lipomes circonscrits multiples.** (Observation in thèse de Queinnec, Paris, 1903.)

3. — **Chondrome des os de la main chez les enfants.** (Observation de MM. A. Broca et A. Mouchet in thèse de Paul Bachmann, Paris, 1902.)

4. — **Sur un lymphadénome à évolution irrégulière.** (En collaboration avec M. Aug. Pettit). *Société de biologie*, 20 mars 1904.

Il s'agit de tumeurs multiples, osseuses, ganglionnaires, apparues chez une femme de 59 ans. Après avoir atteint un volume considérable et, pour l'une d'entre elles, avoir ulcéré la peau, ces masses néoplasiques ont *spontanément et complètement disparu.*

Quelques mois après, des tumeurs analogues ont apparu en très grand nombre en d'autres régions que celles primitivement atteintes.

La nécropsie a mis en évidence une série de noyaux analogues siégeant dans la capsule adipeuse des deux reins et dans le grand épiploon.

L'examen histologique a prouvé que nous avions affaire à des *lymphadénomes.*

TABLE DES MATIERES

OS

ARTICULATIONS, MUSCLES, TENDONS

CRANE, RACHIS, MASTOIDE, NERFS

COU, POITRINE

TUBE DIGESTIF, FOIE, RATE

ORGANES GÉNITAUX

ANATOMIE ET CHIRURGIE OPÉRATOIRE

TUMEURS

15-4-04. — Tours, imp. E. Arrault et Cie.